

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 37

CANCER DE LA PROSTATE A FORME PSEUDO-KYSTIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Décembre 1932

PAR

Charles JUNIEN-LAVILLAUIROY

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à COGNAC (Charente), le 19 mars 1907.

Examineurs de la Thèse

MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
BÉGOIN, professeur.....	Juges.
PAPIN, agrégé.....	
CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 37

CANCER DE LA PROSTATE A FORME PSEUDO-KYSTIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Décembre 1932

PAR

Charles JUNIEN-LAVILLAUIROY

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à COGNAC (Charente), le 19 mars 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
		BÉGOUIN, professeur.....	Juges.
		PAPIN, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

M. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

MM.		MM.	
Clinique médicale.	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.	CARLES.	Clinique gynécologique.	GUYOT.
Clinique d'accouchements.	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.	DELAUNAY.
Anatomie.	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.	PETGES.
Hygiène.	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médie.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Botanique et matière médicale.	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CREYX.
Pharmacie.	DUPOUY.	Clinique dentaire.	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	PAPIN.
id.	DUFOUR.	id.	JEANNENEY.
Physiologie.	FABRE.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale.	N.	Obstétrique.	PERY.
id.	AUBERTIN.	id.	RIVIÈRE.
id.	DAMADE.	Ophtalmologie.	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.	JOULIA.
id.	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Médecine opératoire	PAPIN.	Puériculture	FAUGÈRE.
Physiologie.	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.	GOLSE.
Accouchements.	PERY.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.			
id.	Clinique dentaire		

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE

LE DOCTEUR PAUL JUNIEN-LAVILLAUIROY

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

A MA MERE

Je lui dois tout. Sa vie, toute de sacrifices, fut pour moi le meilleur exemple du devoir. Je la prie de trouver ici un bien faible témoignage de ma reconnaissance infinie.

A MES GRANDS-PARENTS

A MA SOEUR

Rien ne pourra ébranler ma profonde affection.

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE
DE SANTE DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MONSIEUR LE DOCTEUR BLANC

Je le remercie de ses conseils et de
l'aide que j'ai reçus pour mon ouvrage.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOURDON

A MONSIEUR LE GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a fait l'honneur de présider
cette thèse.

Respectueux hommages et profonde
reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Le sujet que nous avons choisi est de dimensions très exiguës, mais son importance n'en est pas moins réelle.

La bibliographie sur cette question est à peu près nulle. Nous avons laissé de côté toutes les considérations inutiles d'ordre général touchant le cancer prostatique et nous nous sommes limité à la question particulière que nous avons envisagée. De cette façon, notre thèse ne sera pas volumineuse, mais qui oserait soutenir que l'importance d'un mémoire est fonction du nombre de pages qu'il comporte ?

Ce travail marquant la terminaison de nos études, nous voudrions l'offrir en hommage à tous ceux qui ont contribué à nous conduire à la carrière que nous avons choisie.

C'est tout d'abord à la mémoire de notre père que ce modeste travail est dédié. Nous voudrions également que notre mère trouve ici l'expression de notre reconnaissance pour avoir permis la réalisation de nos désirs les plus chers.

Nous désirons aussi adresser à tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux nos remerciements pour leur enseignement, dont l'intérêt et l'utilité ne nous ont jamais échappé.

Nous tenons tout particulièrement à adresser l'expression de notre reconnaissance à M. le Docteur Blanc, qui nous a suggéré l'idée de ce travail et guidé dans son exécution.

Nous exprimons, enfin, nos sentiments de profonde gratitude à M. le Professeur Duvergey, qui nous a fait le grand honneur de présider cette thèse.

CANCER DE LA PROSTATE

A FORME PSEUDO-KYSTIQUE

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Les tumeurs malignes de la prostate sont des épithéliomas ou des sarcomes.

Le sarcome est relativement rare et se montre surtout chez l'adulte et l'enfant.

L'épithélioma, qu'on désigne ordinairement sous le nom de cancer, est une tumeur fréquente et qui se montre presque exclusivement chez les sujets âgés.

Le cancer de la prostate peut être secondaire (il est dû alors soit à une métastase d'un néoplasme éloigné, soit à la propagation d'une tumeur de voisinage) ou primitif.

Il existe deux variétés de cancer prostatique primitif :

- a) le cancer adénoïde uréthro-prostatique, qui se développe aux dépens des glandes de l'urètre prostatique;
- b) le cancer vrai de la prostate, qui se développe aux dépens de la glande elle-même; celui-ci pouvant coexister ou non avec un adénome.

Le cancer pseudo-kystique, qui fait l'objet de notre thèse, entre dans cette dernière variété; il est caractérisé par la

présence, au sein même de la tumeur, de cavités ou plutôt de pseudo-kystes, renfermant, soit du sang pur, soit du sérum sanguin.

L'existence de ces cavités dans les tumeurs de la prostate a été signalée depuis longtemps. Engelbach d'abord, Hallopeau ensuite, les mentionnèrent dans leurs thèses; ce dernier écrivait : « Dans d'autres cas, la tumeur est de couleur gris rosé, présentant des taches ecchymotiques, de petits kystes sanguins : parfois, on constate des cavités par suite de la fonte des tissus cancéreux, remplies de matière puriforme. »

Boyé, dans sa thèse sur *Un cas d'adéno-épithéliome kystique de la prostate*, fut le premier, véritablement, à étudier cette forme particulière du cancer.

Le Docteur Blanc, enfin, découvre, chez un de ses malades, une tumeur analogue et en publie l'observation en 1925.

Pendant la durée de notre stage à l'Hôpital du Tondu, chez M. le Professeur Duvergey, nous eûmes la bonne fortune de nous trouver encore en présence d'un cas semblable : ce fut alors pour nous l'occasion de ce modeste travail.

PATHOGENIE

Le cancer pseudo-kystique étant caractérisé par la présence de kystes ou plutôt de pseudo-kystes renfermant soit du sang pur, soit un liquide ambré ayant l'aspect du sérum sanguin, sommes-nous en présence d'une hémorragie intra-néoplasique ayant déterminé par sa limitation des cavernes, ou, au contraire, d'un processus néoplasique surajouté au processus kystique ?

M. le Professeur Duvergey et M. le Docteur Blanc terminent d'ailleurs l'observation qu'ils ont fait paraître sur notre malade en disant :

« Il s'agit en somme d'un épithélioma papillaire végétant de la prostate.

» Ce genre de tumeur a-t-il provoqué des hémorragies dans le stroma conjonctif qui entoure souvent par de minces zones les nids cancéreux (Exner et Heichelheim) et qui peut être riche en vaisseaux capillaires ?

» Dans ce cas, on peut admettre que l'hémorragie intra-prostatique ait déterminé par sa limitation un pseudo-kyste renfermant du sang et des débris d'un côté et, de l'autre, seulement du sérum sanguin par résorption du sang extravasé.

» Ou bien ne s'agit-il pas plutôt d'un cas de kystes glandulaires géants de la prostate, par coalescence de micro-kystes multiples, ou mieux par augmentation progressive d'un petit kyste ? Et dans ce cas, ne s'est-il pas surajouté au processus kystique, à un moment donné de son évolution, un processus néoplasique ? La chose ne semble pas impossible, et il paraît

difficile d'admettre une affirmation dans l'un ou l'autre sens. »

Aussi osé que cela puisse paraître après un tel jugement; nous nous croyons autorisé à dire que le processus kystique s'est surajouté au processus néoplasique.

Nous savons, en effet, que, normalement, il peut se produire à l'intérieur d'un épithélioma une sorte de nécrose des cellules (due au vieillissement de la tumeur et aux produits toxiques qu'elle sécrète) et, secondairement, des hémorragies, par suite des lésions que peuvent présenter les parois ténues et fragiles des vaisseaux néoformés. Ces hémorragies, se faisant lentement et dans un stroma conjonctif assez abondant, ne diffusent pas à l'intérieur de la tumeur, mais déterminent la formation de cavités plus ou moins grandes, de pseudo-kystes.

Cette variété de cancer n'est d'ailleurs pas spéciale à la prostate : dans les épithéliomas du sein, dans le néphro-épithéliome du rein tout particulièrement, nous pouvons constater ces formations kystiques. Lécène et Wolf fromm nous disent notamment à propos des néphro-épithéliomes du rein : « On a pu voir une partie importante de la tumeur se transformer en un véritable kyste hématique dû à la nécrose de la tumeur et à des hémorragies consécutives. Ces kystes hématiques peuvent atteindre une grande taille et, dans certains cas, il faut multiplier les coupes pour retrouver les lésions typiques du cancer rénal à la périphérie de ces vastes kystes remplis de caillots et qui ressemblent grossièrement à des anévrysmes. » (Cette analogie entre cette forme d'épithélioma prostatique et ces néoplasmes du rein avait d'ailleurs été signalée par Blanc en 1925).

La réapparition des pseudo-kystes au sein même de la tumeur semble nous prouver enfin que le processus kystique s'est surajouté au processus néoplasique.

Chez notre malade, les pseudo-kystes s'étaient reproduits rapidement. Celui-ci, en effet, ayant été opéré le 9 août, et la plaie s'étant cicatrisée, quitta l'hôpital. Le 11 décembre,

il revint, et on constata de nouveau « une énorme masse fluctuante, du volume d'une petite orange constituée par le lobe droit prostatique, absolument kystique, occupant toute la lumière rectale. Le lobe gauche, plus petit, était également kystique, mais avec une portion très indurée, et ses limites étaient imprécises. »

André constata lui aussi cette réapparition des kystes chez son malade.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomique, le cancer pseudo-kystique de la prostate se présente sous un aspect très particulier et bien différent de celui que nous sommes habitués à trouver dans toute prostate cancéreuse. La dureté et l'irrégularité notamment n'existent pas.

Dans le cancer pseudo-kystique, la prostate, généralement très volumineuse, bombe considérablement dans le rectum : cette hypertrophie peut d'ailleurs porter soit sur tout l'organe, soit sur un des lobes seulement (le droit le plus souvent).

La surface de cette tumeur est lisse : les limites sont très nettes; la consistance enfin, fluctuante, élastique, donne l'impression d'un kyste.

Si l'on ponctionne cette masse fluctuante, on retire soit du sang pur : « des deux lobes incisés, il ne sort point de pus, ni de sérosités, mais du sang pur, noirâtre, abondant, mélangé à des débris qui sont vite identifiés comme étant des fragments néoplasiques » (Obs. du Docteur Blanc); soit du sérum sanguin : « On retira le contenu de la seringue, soit 10 grammes, d'un liquide ambré, ayant la consistance du sérum sanguin ». (Obs. du Professeur André.) Nous pouvons d'ailleurs trouver dans une même tumeur du sang pur et du sérum sanguin. « A l'incision du lobe gauche, il sort du sang et des débris de tissu; à l'incision du lobe droit, il sort un liquide citrin sous pression » (Obs. de M. le Professeur Duvergey et du Docteur Blanc).

A la coupe, la tumeur peut, par suite de la fonte cancéreuse, se montrer parsemée de petites cavités kystiques du volume d'une tête d'épingle ou d'un pois, ainsi que le mentionnent Engelbach et Hallopeau, mais le plus souvent on ne constate qu'une seule et vaste caverne.

Les pseudo-kystes renferment souvent en suspension soit dans le sang, soit dans le sérum sanguin, des débris néoplasiques.

Tels sont les caractères généraux du cancer pseudo-kystique de la prostate. Examinons maintenant les organes qui sont envahis.

La propagation du processus cancéreux à la vessie peut exister. Le Docteur Guérin, notamment, ayant pratiqué la nécropsie de notre malade, avait constaté, au niveau du bas-fond de la vessie et de la prostate, une infiltration généralisée qui l'obligea à sectionner aux ciseaux les ligaments sacro-prostato-pubiens, qui étaient ligneux; de fortes adhérences prostatorectales l'obligèrent en outre à enlever le rectum.

L'urètre n'a jamais été envahi : les changements de forme, allongement et aplatissement, et les courbures anormales sont dus au voisinage de la tumeur.

Les vaisseaux et les nerfs peuvent être fortement comprimés, compression causant des œdèmes des membres inférieurs (malade du Docteur Blanc), des douleurs et des névrites rebelles (malade du Professeur André).

Nous n'avons jamais constaté de ganglions, ni de métastases pulmonaire, osseuse ou hépatique. La généralisation par propagation dans la continuité peut exister. Boyé nous dit d'ailleurs : « Les os du bassin sont parfois comme incrustés dans la masse néoplasique, formant une tumeur très dure qu'il est très difficile de désagréger. Poussant plus loin son processus, le cancer peut s'échapper par les échancrures sciatiques et venir jusque dans le membre inférieur, comme c'est le cas pour notre observation. »

Des divers examens histologiques, faits respectivement

par M. le Professeur Sabrazès, M. le Professeur Hoche et Mlle Kogan, nous croyons pouvoir conclure à un épithélioma atypique de la prostate. Au niveau des boyaux cancéreux formés de cellules cylindriques ou cubo-cylindriques, rappelant par leur ordination concentrique l'aspect glandulaire, on trouve de nombreux vaisseaux néoformés, graciles, ramifiés en divers sens, sans parois propres

OBSERVATIONS

« Rien n'avancerait autant la médecine que de trouver réunies dans un ordre convenable toutes les ~~bonnes~~ observations d'une maladie. »

(TISSOT.)

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de MM. le Professeur DUVERGEY
et le Docteur BLANC.)

F... (Bernard), 65 ans, entre à l'Hôpital du Tondu le 6 août 1930, pour des phénomènes de cystite et de dysurie.

Le début de la maladie semble remonter au mois de janvier 1928, époque à laquelle le malade commença à éprouver de la difficulté pour uriner et à uriner fréquemment. Cet état s'est accentué progressivement, et, en août 1928, à la suite d'un refroidissement, le malade présente une rétention complète aiguë, avec température à 39 degrés. Une sonde est laissée à demeure pendant un mois, les mictions spontanées ne s'étant pas rétablies à la suite des premiers sondages. Puis, peu à peu, les mictions réapparaissent; mais le malade souffre de cystite, et les urines sont très purulentes. Les phénomènes vésicaux s'accroissent encore et s'accompagnent bientôt de petites hématuries initiales. C'est dans ces conditions que le malade entre à l'hôpital.

À l'examen, il semble assez fatigué, et les urines sont très purulentes. Les reins ne sont ni perçus ni sensibles. Au toucher rectal, on sent une prostate bombant considérablement dans le rectum, bien limitée, non douloureuse, de surface lisse et régulière, les deux lobes étant séparés par un sillon médian très profond. Mais ce qui frappe surtout, c'est la consistance absolument fluctuante

des lobes prostatiques qui ont l'apparence kystique et qui contiennent à coup sûr du liquide.

L'azotémie est de 0 gr. 16.

Nous pensons soit à un abcès ancien collecté et latent, en raison de l'histoire clinique du malade, soit à un épithélioma à forme kystique, nous souvenant d'un malade vu autrefois à Lariboisière et qui présentait le même aspect clinique tout à fait exceptionnel. Nous décidons d'intervenir.

Opération de la prostate, le 9 avril (Docteur Blanc), sous rachianesthésie. Périnéotomie. Exposition de la prostate et incision des deux lobes. A l'incision du lobe droit, il sort un liquide citrin, sous pression, un grand verre à liqueur environ, qui ne peut être recueilli.

A l'incision du lobe gauche, il sort du sang et des débris de tissus qui sont envoyés pour examen à M. le Professeur Sabrazès.

Nous confirmons évidemment le diagnostic d'épithélioma prostatique.

Et, de fait, M. le Professeur Sabrazès nous répond que « les grumeaux recueillis sont des débris d'un épithélioma papillaire végétant de la prostate, à cellules cubo-cylindriques, avec d'assez nombreuses mitoses ». En somme, épithélioma atypique de la prostate.

La plaie périnéale se ferme rapidement, et le malade quitte l'hôpital, devant revenir dans quelques semaines nous montrer son état.

Il revient le 11 décembre avec un état général très précaire, des urines très purulentes, et les mêmes phénomènes vésicaux qu'avant notre intervention. De plus, on sent un globe vésical très dur, le malade est un distendu.

Au toucher rectal, sitôt le sphincter franchi, on tombe sur une énorme masse fluctuante du volume d'une petite orange constituée par un lobe droit prostatique, absolument kystique et occupant toute la lumière rectale. Le lobe gauche, plus petit, est également kystique, mais avec une portion très indurée, et ses limites sont imprécises. L'intervention sur la vessie s'impose.

Cystostomie le 13 décembre (D^r Blanc), sous rachianesthésie.

La vessie en rétention renferme des urines très purulentes. Au toucher intravésical, on sent un col non déformé, mais le trigone est infiltré, dur, parsemé de noyaux épithéliomateux. Le malade demeure dans le service où il se cachectise peu à peu.

Il n'a aucune douleur, et la tuméfaction prostatique augmente encore. Elle est bientôt constituée par deux masses kystiques fluctuantes, d'égales dimensions, du volume d'une mandarine chacune, bombant considérablement dans le rectum, le périnée lui-même étant surélevé.

Au mois de mai 1931, la cachexie a atteint un degré effrayant : le malade est littéralement squelettique. Il ne présente ni ganglions, ni métastases apparentes. La diarrhée s'installe, la somnolence apparaît, et le malade meurt le 13 mai.

Nécropsie pratiquée par M. Guérin, interne du service.

Ouverture de l'abdomen. Décollement de la partie supérieure de la vessie. Au niveau du bas-fond et de la prostate, infiltration généralisée, qui oblige à sectionner aux ciseaux les ligaments sacro-prostato-pubiens, qui sont ligneux. Adhérences prostatorectales qui obligent à enlever le rectum, réséqué au niveau de l'anse sigmoïde. Incision périnéale quadrilatère et enlèvement de la pièce en totalité par en bas. Elle comprend la prostate, la vessie recouverte du péritoine et le rectum adhérent en arrière.

On ne trouve pas de ganglions, ni de métastases pulmonaire, osseuse ou hépatique.

M. le Professeur Sabrazès a eu l'obligeance de nous donner quelques renseignements concernant la pièce enlevée.

Dans l'une de ces coupes, on trouve dans le stroma un énorme cholestérol, et cela dans une cavité plus ou moins incomplète, sorte de fente bordée par la tumeur. Le stroma de la tumeur montre une sorte de collagène quasi dépourvu de cellules, et on ne voit pas, dans les points où la tumeur est le plus active, de stroma musculaire. Les foyers néoplasiques sont de grandes cavités alvéolaires.

Dans un autre territoire de cette prostate, existe un véritable fibromyome.

OBSERVATION II.

(Professeur ANDRÉ, Thèse de BOYÉ.)

Age : 53 ans.

Sa mère est morte à 84 ans, de fluxion de poitrine.

Père mort à 54 ans, à la suite d'une ingestion d'une dose exagérée de laudanum.

L'un de ses frères mort d'une affection de la moelle.

Un autre frère et une sœur bien portants.

Son fils est mort tuberculeux, à 17 ans.

Depuis six mois, le malade est atteint de névrite sciatique rebelle dans le membre inférieur droit, avec des périodes d'amélioration et d'aggravation, malgré tous les traitements suivis.

Depuis deux mois, difficulté d'uriner croissante, surtout marquée dans les quinze derniers jours où, à plusieurs reprises, elle a pu aller jusqu'à la rétention. Le malade souffrait beaucoup et n'urinaient qu'avec de grands efforts.

A ce moment, il consulte son médecin, qui constate une tumeur de la prostate et l'envoie à l'hôpital.

Le malade a passablement maigri dans ces derniers temps.

A l'examen, on constate ce qui suit :

Un explorateur n° 21 parcourt le canal facilement. Il est un peu serré au niveau de la prostate, mais passe cependant. On introduit facilement aussi une sonde à bécuille n° 18, qui évacue une certaine quantité d'urine claire.

Au toucher, le lobe gauche est petit. Il n'est pour ainsi dire pas senti. Le lobe droit est, au contraire, très volumineux, environ de la grosseur d'un œuf, formant une saillie considérable dans le rectum, saillie latérale allant jusqu'à la paroi du petit bassin, dont le sépare cependant un sillon bien net. Cette saillie est arrondie, ovoïde, allant de la pointe à la base de la prostate et du côté droit seulement. Sa consistance est rénitente, ce qui donne l'impression qu'il s'agit là d'un kyste de la prostate.

28 décembre 1905 : Pour vérifier la chose, une ponction aspiratrice est pratiquée dans la tumeur par le rectum, après qu'on a

bien exposé la prostate à l'aide d'une valve rectale. On retire en effet le contenu de la seringue, soit 10 grammes d'un liquide ambré, ayant la couleur et la consistance du sérum sanguin. Après cette ponction, la poche paraît beaucoup moins tendue au toucher. L'opération est décidée pour le lendemain.

29 décembre : Le malade est opéré dans la position périnéale inversée. On fait une incision périnéale transverse, un peu moins longue que pour la prostatectomie. On procède comme dans le premier temps de l'opération pour aborder la prostate. La poche kystique est un peu difficile à trouver, à cause de son affaissement partiel à la suite de la ponction. On la trouve bien là où on l'avait reconnue au toucher, c'est-à-dire à la place du lobe de la prostate, qu'elle semble remplacer et dont on ne trouve pas de partie solide.

La poche est largement ouverte : il s'en échappe encore environ 5 cm³ de liquide. Le doigt s'y enfonce profondément jusqu'au niveau de la prostate et au voisinage du petit bassin. La poche est unique, sans cloison : sa paroi apparaît au doigt mollassse et tomenteuse. En la frottant fortement avec le bout de compresses, montées sur des pinces, on ramène des débris plus ou moins décolorés, quelques-uns sont noirâtres, comme si le kyste avait une origine hématique, le sérum constituant la partie liquide et les caillots tapissant la paroi.

La tumeur n'est pas enlevée.

Le kyste n'a aucune communication avec la vessie. On le bourre avec une mèche de gaze qui sort par le milieu de la plaie, dont les angles sont rétrécis par quelques points de suture. Au préalable, on a touché les parois avec un tampon imbibé de chlorure de zinc à 1 p. 10. On fait un pansement compressif.

Suites opératoires normales. Le soir, on est obligé de sonder le malade, qui n'a pu uriner seul.

Le lendemain, la miction se rétablit spontanément. On fait faire l'examen de la tumeur, examen qui conclut à du cancer de la prostate. L'examen du liquide n'a pas été fait. On trouve dans les débris des cellules cancéreuses.

2 janvier 1906 : La mèche est retirée et remplacée par un drain

qui va jusqu'au fond de la poche, où on fait chaque matin un lavage à l'eau oxygénée.

3 janvier : Le tube étant tombé, on ne le remet pas. Depuis plusieurs jours, le malade n'a pas souffert de la jambe droite. On enlève un des points de suture.

8 janvier : On enlève les points de suture qui restent. La plaie est bien réunie et n'offre à la vue què le trajet du drain.

11 janvier : Le malade se lève un peu.

13 janvier : Il quitte l'hôpital. Il y a encore quelques difficultés à la miction. Le malade se plaint à nouveau de sa sciatique.

29 janvier : Il continue à souffrir et est obligé d'uriner toutes les demi-heures.

12 avril 1906 : Le malade est revenu. A deux reprises, il a été sondé par le médecin, une rétention complète étant survenue. Il urine souvent et ressent des fortes douleurs dans la jambe droite, ce qui le force à marcher avec des béquilles.

Une sonde passe à frottement dur dans le canal; les urines sont troubles, quelques gouttes de sang après la miction.

Au toucher, on sent la prostate entière indurée et bosselée. Il s'agit maintenant d'un cancer. Le kyste semble s'être reproduit en partie.

En outre, on découvre que l'extrémité supérieure du fémur droit est le siège d'une tumeur osseuse volumineuse et étendue, sans doute secondaire.

Actuellement, le malade est arrivé à une cachexie profonde. Il est très amaigri et ne mange presque plus.

Les urines, assez abondantes, sont troubles et épaisses.

Le toucher rectal révèle une tumeur dure, bosselée, développée, sur toute la prostate. On ne peut plus la délimiter, elle semble remplir toute l'excavation pelvienne.

La tumeur s'étend depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à la moitié inférieure de la cuisse.

La hanche est ankylosée complètement. Le reste du membre a subi une atrophie considérable.

Examen histologique (Hoche). — Le fragment de la paroi du kyste... s'est montré constitué presque exclusivement par du tissu épithélial.

Le stroma est réduit à de fins axes de tissu vasculo-conjonctif où les vaisseaux sont capillaires. Ils sont très graciles, ramifiés dans divers sens. On les voit recouverts d'assises uniques ou stratifiées, de cellules cubiques par endroits, le plus souvent cylindriques, de cellules claires, dont beaucoup sont aux divers stades de la division mitotique.

Ces cellules forment par leur arrangement et leurs replis divers des revêtements plus ou moins épais, ou encore des replis, des recessus en forme de culs-de-sac glandulaires que la coupe intéresse en divers sens, ce qui donne à l'œil un aspect très élégant, en raison de la netteté des formes épithéliales et des contours cellulaires.

Il s'agit d'un *adéno-épithéliome kystique* de la prostate.

OBSERVATION III.

(Docteur BLANC.)

Cancer de la prostate à forme pseudo-kystique.

B... (Joseph), 65 ans, salle Civile, lit 29, présente depuis environ huit mois des troubles de prostatisme, consistant en dysurie et pollakiurie (deux ou trois fois la nuit). Pour y remédier, le médecin appliqua un traitement électrique local, sur lequel nous n'avons pas de renseignements très précis. Nous savons cependant qu'il s'agissait d'une ampoule génératrice de rayons ultra-violets qui était introduite quotidiennement dans le rectum. Après un mois de ce traitement, les troubles dysuriques augmentèrent, et la pollakiurie devint plus intense. Nous eûmes l'occasion de voir le malade à cette époque : Ses urines étaient claires, le résidu était de 150 grammes environ, l'état général assez bon. Le toucher rectal révélait quelque chose de très particulier sur lequel nous insisterons plus loin. Le malade ne revint pas nous voir, et son médecin lui fit alors des sondages deux fois par semaine, suivis de lavages vésicaux au nitrate d'argent.

Survient alors une attaque d'apoplexie qui semble donner un coup de fouet aux troubles prostatiques, car le malade signale que

les phénomènes de cystite qu'il présente actuellement remontent à ce moment-là. Et de fait, il lui faut dès lors se lever dix ou quinze fois par nuit.

Nous revoyons le malade le 15 février 1925, c'est-à-dire huit mois environ après le début des troubles de prostatisme, et six mois après notre premier examen. Il se présente à nous comme un malade très fatigué, il est amaigri, son teint est pâle, un peu jaune même, et il a gardé de son hémiplégie un déficit fonctionnel du membre inférieur gauche qui lui rend la marche pénible.

Quant à l'état de sa prostate, il est demeuré absolument le même depuis six mois, daté de notre première examen. Au toucher rectal, on trouve une prostate très volumineuse, bombant considérablement dans le rectum et constituée par deux lobes symétriques accolés, séparés par un sillon étroit et profond. Leur surface est absolument lisse, leurs limites très nettes, leur consistance, très fluctuante, élastique, donnant l'impression d'un kyste dont la membrane d'enveloppe est très tendue. Il semble qu'il y ait sous une enveloppe mince une collection liquide et qu'il suffirait d'une pression de l'ongle pour crever et évacuer ces lobes. Le massage n'évacue pas de pus.

Ce qui nous surprend le plus, c'est que cet aspect particulier de la prostate n'a pas varié depuis six mois. Le malade, d'autre part, n'a jamais présenté d'hématuries, ni de phénomènes douloureux du côté de la prostate. Jamais de rétention complète aiguë. Pas de fièvre. L'examen des reins, du canal, des testicules est négatif. On ne perçoit pas de ganglions.

Dans ces conditions, nous conseillons au malade d'entrer à Civiale pour examen plus complet, dans l'espoir de préciser le diagnostic et d'instituer une thérapeutique appropriée.

La recherche de l'azotémie nous donne 1 g. 31 p. 1.000. L'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine sur les urines totales donne, en soixante-dix minutes, une élimination de 9 p. 100. La constante d'Ambard est de 0,285. Il y a de plus 0,50 d'albumine (recherchée sur des urines claires de polyurie). Sa pression artérielle donne les chiffres suivants (Pachon) : Mx, 19; Mn, 9; Io, 4.

La cystoscopie, d'autre part, ne nous montre rien de parti-

culier si ce n'est une vessie enflammée, avec colonnes et cellules, et une déformation du col qui est oedémateux et surélevé.

Notre maître, M. Marion, après avoir hésité sur le diagnostic de cette forme particulière de la prostate, pense qu'il s'agit peut-être d'un abcès latent sur un adénome, et en raison de la sensation de fluctuation très nette, de l'aspect de collection liquide superficielle, du fait aussi que ce malade est inopérable en raison de son état général, il se décide à inciser par voie rectale ces deux poches d'apparence kystique.

Cette petite intervention a lieu au lit du malade.

Des deux lobes incisés, il ne sort point de pus, ni de sérosité mais du sang pur, noirâtre, abondant, mélangé à des débris qui sont vite identifiés comme étant des fragments néoplasiques et qui sont prélevés pour examen histologique.

Le malade fait les jours suivants une petite poussée de température, avec un peu d'œdème de la jambe gauche. On met une sonde à demeure et une gouttière, et tout rentre dans l'ordre.

L'examen histologique des fragments prélevés est effectué par Mlle le Docteur Kogan, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, qui nous communique la note suivante :

« On voit des gros boyaux formés de cellules épithéliales sombres, tassées les unes contre les autres, mais ils rappellent par leur ordination concentrique l'aspect glandulaire. Bouleversement architectural complet. Au milieu de ces boyaux, on trouve de nombreux vaisseaux néoformés sans paroi propre et des portions nécrosées. Il serait impossible de faire le diagnostic de l'organe. Ailleurs l'épithélioma revêt la forme typique, c'est-à-dire que l'ordination glandulaire en acini est conservée. On ne voit pas de glande saine. On se trouve donc en présence d'un épithélioma de la prostate, à un degré très avancé, atypique dans certaines portions, typique dans d'autres.

Il s'agit donc bien d'un épithélioma prostatique à forme kystique, dont le diagnostic clinique était quasi impossible. Ou plutôt il s'agit là d'une forme pseudo-kystique d'origine hémorragique, due à des hémorragies dans l'épaisseur de la tumeur.

SYMPTOMATOLOGIE TIRÉE DES OBSERVATIONS PRÉCÉDENTES

SIGNES URINAIRES. — Les premiers signes du cancer pseudo-kystique, qui ressemblent fort à ceux de l'hypertrophie simple, sont des accidents urinaires : mais ceux-ci n'apparaissent que tardivement et alors que le cancer a déjà évolué silencieusement depuis longtemps.

La *pollakiurie* est un des signes les plus précoces et les plus fréquents. Elle est nocturne et diurne d'emblée : le malade nous dit alors qu'il est obligé de se lever deux ou trois fois par nuit. Cette *pollakiurie* est accompagnée de *dysurie*, chaque miction, en effet, devenant difficile et nécessitant des efforts prolongés. Les mictions peuvent, de plus, provoquer des douleurs, des sensations de brûlure au niveau du méat.

Ces symptômes passent inaperçus au début, les malades les considérant comme une conséquence normale de la vieillesse. Ces derniers, en effet, ne viendront trouver le médecin que lorsque tous ces phénomènes urinaires seront beaucoup plus marqués ou qu'à la suite d'une fatigue quelconque, une crise de rétention aiguë sera survenue.

L'aggravation de ces phénomènes est rapide, contrairement à ce que nous sommes habitués à trouver dans l'hypertrophie simple de la prostate; si nous considérons la date de l'apparition des symptômes et le degré très avancé du processus cancéreux lorsque les malades se présentent à nous, nous voyons qu'elle s'est produite dans un délai variant de quelques mois à une année au maximum.

L'*hématurie*, qui a été considérée longtemps comme un signe fréquent des néoplasmes de la prostate et qui est, en

réalité, rare, n'a été observée qu'une seule fois dans cette variété de cancer. Mais cette hématurie, qui était initiale, avait une grande importance quant au diagnostic, car « le cancer de la prostate est la seule affection où l'hématurie est initiale » (Legueu).

DOULEURS. — Contrairement à ce que nous sommes habitués à trouver chez tout sujet présentant une tumeur maligne de la prostate, nous n'avons jamais constaté de phénomènes douloureux chez nos malades, même pas à la période ultime du processus cancéreux. La sciatique que présentait le malade du Professeur André n'était pas due au cancer, mais à la compression nerveuse.

Nous tenons à insister sur cette absence de phénomènes douloureux, étant donnée leur valeur dans les tumeurs malignes de la prostate. Dossot nous dit : « Les douleurs sont fréquentes (13 fois sur 42 cas d'Hallopeau, 30 p. 100 des cas pour Young) et très précoces, survenant dès le début de l'évolution clinique, et même précédant de plusieurs mois les symptômes urinaires. »

SIGNES RECTAUX. — Le plus dominant et le plus habituel est une constipation due à la compression. Le malade a des envies fréquentes et n'aboutit qu'à des selles peu abondantes. Jamais la défécation n'a été douloureuse et jamais elle n'a été suivie d'épreintes pénibles.

ETAT GÉNÉRAL. — Il est parfait pendant longtemps : on est alors surpris de constater chez des sujets n'ayant présenté aucun amaigrissement une tumeur aussi évoluée.

EXAMEN DU MALADE :

Toucher rectal. — Si l'allure clinique du cancer pseudokystique de la prostate est somme toute celle que nous sommes habitués à trouver dans le néoplasme de cette glande, l'examen du malade, par contre, va nous montrer qu'il existe de grandes différences.

Dans le cancer vrai, « nous trouvons une glande en général petite ou peu hypertrophiée. La consistance est dure, d'une dureté de pierre : tantôt la glande tout entière forme un plan résistant au doigt, tantôt une partie seulement est comme cartilagineuse, tandis que les zones voisines sont plus souples. La surface est irrégulière, couverte de bosselures arrondies, grosses ou petites; elles sont nombreuses, disséminées sur la prostate, ou rares, déformant un seul lobe. » (Dossot.) La dureté et la déformation irrégulière sont donc les signes caractéristiques du néoplasme de la prostate.

Le toucher va nous donner des renseignements bien différents et très caractéristiques. La prostate est augmentée de volume : l'hypertrophie porte soit sur un seul lobe, soit sur toute la glande. La saillie qu'elle forme bombe plus ou moins considérablement dans le rectum : elle n'est nullement douloureuse au toucher. La forme de cette tuméfaction est variable; ses limites sont toujours très nettes et sa surface est lisse. Mais ce qui nous frappe surtout, c'est la consistance élastique, fluctuante de cette tuméfaction, donnant l'impression qu'il s'agit là d'une collection liquide : en aucun point de la glande nous ne trouvons la dureté de pierre, dont nous avons précédemment parlé. Le volume de la tuméfaction ne subit aucune modification au cours de l'évolution du néoplasme. Nous devons noter cependant dans deux cas la réapparition de ces tuméfactions après l'opération.

EVOLUTION — PRONOSTIC

Plus ou moins rapidement, les différents symptômes que nous avons décrits augmentent d'intensité, tandis qu'apparaissent de nouveaux troubles, dus les uns à des compressions vasculaires ou nerveuses, les autres à l'extension du processus cancéreux et aux métastases.

L'état général du malade s'altère de plus en plus : son teint est jaune paille, il perd complètement son appétit, ses forces diminuent, il a de la diarrhée profuse. Finalement, il succombe aux progrès de sa cachexie.

Il nous est très difficile de préciser la durée de l'évolution du cancer pseudo-kystique de la prostate : nous estimons cependant qu'elle est moins rapide que celle de l'épithélioma; alors que Dossot donne pour cette dernière des chiffres allant de six à huit mois, il ressort de nos observations qu'il s'est toujours écoulé plus de quatre ans entre l'apparition des premiers symptômes et l'issue fatale.

DIAGNOSTIC

Nous nous trouvons en présence d'une variété très rare du cancer de la prostate. Le diagnostic doit, comme dans les autres cas, être fait d'une façon aussi précoce que possible.

Les symptômes sont d'abord, comme dans le cancer ordinaire de cette glande, ceux de toute hypertrophie prostatique : fréquence des mictions, retard dans le jet, besoin parfois pressant d'uriner, hématuries. Certains auteurs veulent trouver dans la rapidité avec laquelle ces symptômes progressent et le degré qu'ils atteignent rapidement, en dehors de toute complication, des caractères distinctifs. Ceux-ci nous paraissent trop difficiles à évaluer et peuvent nous conduire à faire de graves erreurs.

Plus tard, la perte d'appétit, l'amaigrissement, le teint jaune paille, nous font repousser l'idée d'une simple hypertrophie. A cette période, le diagnostic n'aura qu'une valeur relative, car nous ne pouvons plus alors espérer pouvoir appliquer un traitement capable de sauver notre malade.

C'est donc uniquement par le toucher rectal, qui doit être systématiquement pratiqué chez tout sujet âgé présentant des troubles prostatiques, que nous pouvons espérer faire le diagnostic. Nous disons bien espérer, car, si le diagnostic de cancer est ordinairement assez aisé, il n'en est nullement de même dans le cancer pseudo-kystique de la prostate.

Au toucher rectal, en effet, « au lieu d'arriver sur une tumeur dure, irrégulière, présentant parfois des bosselures, tous caractères du cancer de la prostate, nous trouvons une

tumeur arrondie, lisse et régulière et, caractère frappant, rénitente, ce qui donne l'impression qu'il s'agit d'une poche renfermant du liquide » (Boyé). Somme toute, rien ne peut réveiller en nous l'idée de cancer, et tout nous porte à croire, au contraire, que nous sommes en présence d'un abcès de la prostate ou d'un kyste. Le diagnostic de cancer pseudo-kystique devra donc être fait d'avec ces dernières affections.

Les abcès chauds de la prostate sont fréquents et succèdent à une prostatite aiguë ou chronique. L'exploration directe de la glande par le toucher rectal est très douloureuse; on éprouve alors une sensation de rénitence, avec, quelquefois, des battements vasculaires très nets, qui constituent un excellent signe de suppuration. La fluctuation vraie ne se manifeste que dans les grandes collections. Ces abcès se caractérisent, en outre, par les signes généraux des phlegmasies, la température et la fatigue. Nous devons cependant nous rappeler qu'il existe des abcès latents, en particulier chez les vieux urinaires, qui peuvent durer très longtemps et amener à la longue une cachexie profonde. Ces abcès chauds de la prostate peuvent d'ailleurs se greffer sur un cancer de cet organe (Rochet et Thévenot, de Lyon, nous en rapportent notamment deux cas), mais là encore ils s'accompagnent de douleurs et de température.

Les abcès tuberculeux produits par la fonte caséuse des tubercules, quoique rares au niveau de la prostate, peuvent donner au toucher rectal tous les caractères que nous avons constatés chez nos malades. « L'accroissement, la confluence et la fonte caséuse des nodules voisins les uns des autres peuvent aller jusqu'à la formation de cavernules. Plus rarement ont été relatés des cas de destruction complète d'un lobe prostatique avec fistulisation possible dans l'urètre ou le rectum; enfin, tout à fait exceptionnels sont les cas de destruction totale de la glande, qui se trouve alors remplacée par une caverne unique, volumineuse. » (Ludwig Kielleuther). Cependant, nous devons nous rappeler que la tuberculose prostatique évolue en général chez des sujets

jeunes et s'accompagne de lésions épидidymaires, déférentielles et vésiculaires caractéristiques. De plus la pression de la glande fait sortir un liquide grisâtre, séropurulent où il est possible parfois de déceler le bacille de Koch.

Si le diagnostic différentiel entre ces abcès et le cancer pseudo-kystique de la prostate est relativement aisé, il n'en est plus de même lorsque nous considérons les kystes qui peuvent siéger au niveau de cette glande. Dossot écrivait : « Les kystes de la prostate à évolution postérieure constituent une tuméfaction arrondie, fluctuante ou rénitente. Ils ne peuvent simuler que quelques variétés très rares de cancer pseudo-kystique. » Nous ne parlerons que des kystes glandulaires, hydatiques et hématiques, ceux-là seuls pouvant avoir une évolution postérieure et pouvant alors former une tuméfaction arrondie et fluctuante.

Les *kystes glandulaires* sont des cavités remplies d'un liquide blanchâtre et filant; ils n'existent guère que chez les vieillards et siègent non pas dans la glande elle-même, mais dans l'adénome prostatique. Ils sont formés par des culs-de-sacs distendus, qui s'ouvrent les uns dans les autres pour constituer des cavités plus grandes. « Le toucher rectal fait sentir une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, presque médiane, un peu déviée à droite. Cette tumeur est lisse, régulière, rénitente, donnant la sensation d'un kyste et absolument indolore. Elle se détache du reste de la prostate dans laquelle elle est, pour ainsi dire, incrustée. » (E. Papin et H. Verliac, *Adénome kystique végétant de la prostate*.) Lorsque ces kystes ont acquis un certain développement, ils peuvent donner lieu à de la dysurie et même à de la rétention d'urine. Leur diagnostic, somme toute, ne pourra être fait que par la ponction et l'examen microscopique.

Les *kystes hydatiques* peuvent se développer dans la prostate. Ils peuvent alors présenter tous les signes du cancer pseudo-kystique. « L'examen clinique, de son côté, avait formellement montré que la tumeur, du volume d'une grosse orange, lisse, tendue, butant de chaque côté sur les plans

osseux, occupait absolument la prostate elle-même. Par l'exploration combinée, on percevait la tumeur derrière le pubis et on avait une impression de rénitence et presque de fluctuation. » (Oraison.) Cependant, ces kystes ne se manifestent guère qu'entre 20 et 50 ans, c'est-à-dire à l'âge où le cancer n'existe généralement pas : de plus, ils augmentent rapidement de volume, contiennent un liquide incolore et limpide comme du cristal de roche, et provoquent l'éosinophile sanguine.

Nous devons enfin éviter de confondre le *kyste hématique* avec le cancer pseudo-kystique; seul l'examen histologique permettra de les distinguer. L'observation que nous rapporte A. Castano nous montre, en effet, que l'histoire clinique et les signes rectaux sont pour ainsi dire identiques.

M... (N.), 67 ans, présenté, d'après ce qu'il nous raconte, depuis trois ans, des symptômes de prostatisme : fréquence des mictions, la nuit plus que le jour, difficulté pour uriner, paresse de l'intestin, peu marquée au début, mais allant progressivement en augmentant, etc. L'examen au toucher rectal me démontre l'existence d'une tumeur, grosse comme une orange, comprimant et obstruant complètement le rectum. Tumeur lisse, résistante, molle sans être dépressible, les contours supérieurs étant impossibles à délimiter... Tout à coup (pendant l'opération), la tumeur se rompt, se vide et inonde la vessie et la plaie d'un sang noirâtre, en même temps qu'elle disparaît complètement entre mes doigts. Après avoir asséché la plaie, je pus alors voir la prostate, avec des bords un peu durs et, au milieu, une dépression bien marquée, récemment occupée par le liquide (l'étiologie de ce processus est sans doute une hémorragie intraprostatique due au diabète).

Devant la difficulté que nous éprouvons à distinguer le cancer pseudo-kystique du kyste hématique, nous croyons bon de signaler une méthode américaine, mais qui, pensons-nous, est loin d'être sans danger. « On commence par une anesthésie locale passant par le périnée sous la direction du

doigt rectal. On y substitue une aiguille forte n° 18 que l'on arme d'une seringue pour pénétrer dans la glande. Alors, tout en faisant l'aspiration, on pousse et on retire l'aiguille dans différentes places du côté de la tumeur. On retire alors l'aiguille et on étend le produit sur une lame. Fixé, coloré, il peut nous donner de suite une réponse. » (J. Ferguson, de New-York.)

TRAITEMENT

Nous devons, dans le traitement du cancer pseudo-kystique de la prostate, considérer le cancer d'abord, les pseudo-kystes ensuite.

Lorsque les malades viennent nous consulter, le cancer a dépassé largement les limites de la glande et a déjà envahi les tissus voisins. Il est alors absolument impossible d'en espérer l'exérèse complète, totale et utile.

Le cancer étant somme toute inopérable, pouvons-nous avoir par les agents physiques, radiothérapie ou radium, une action sur lui ?

La radiumthérapie a donné jusqu'ici des résultats peu encourageants : on peut constater localement quelques améliorations très nettes et passagères, mais au point de vue cure radicale son action est exceptionnelle. Par contre, l'état général continue à décliner malgré le traitement, qui ne peut éviter l'apparition de la cachexie : qui sait même si l'action anémiant du radium, si la résorption des tissus nécrosés, ne viennent pas s'ajouter à l'intoxication néoplasique. Nous ne devons pas oublier, en outre, les phénomènes douloureux qui suivent parfois les irradiations et le coup de fouet qu'elles peuvent, dans certains cas, imprimer aux lésions.

La radiothérapie ayant donné jusqu'ici des résultats nuls, nous la déconseillerons formellement.

En résumé, dans le cancer pseudo-kystique de la prostate, nous sommes malheureusement bien désarmés, comme nous le sommes du reste pour l'épithélioma de cette glande et la plupart des cancers de l'organisme; nous n'avons par suite qu'à agir suivant les indications créées par les complications qui apparaissent au cours de l'évolution du néoplasme.

L'élément douleur ne s'étant jamais manifesté chez nos malades, nous n'insisterons pas sur les calmants de toutes natures auxquels nous devons recourir pour adoucir la fin de tous les cancéreux.

Lorsque les malades ne peuvent plus uriner, il faut les sonder suivant les règles applicables à tous les cas de rétention. Contrairement à ce qu'on pense trop souvent, la cystostomie n'a jamais d'indication immédiate dans le cancer de la prostate lorsque le sondage est possible. C'est ainsi que nous le dit Marion, « ajouter une infirmité à d'autres misères ». La cystostomie ne devient indiquée que lorsque les sondages sont extrêmement pénibles ou devant être pratiqués très fréquemment.

Le kyste doit surtout son action nocive aux phénomènes de compression qu'il provoque. Pour enrayer ces derniers, deux moyens s'offrent à nous : la ponction ou l'incision soit par voie rectale, soit par voie périnéale.

De ces deux méthodes, sans hésiter, nous conseillons l'incision après périnéotomie, la ponction ne nous permettant qu'une évacuation incomplète du kyste, et son incision par voie rectale étant trop souvent suivie d'infection.

La description complète de la technique opératoire dépassant le cadre que nous sommes tracé, nous nous bornerons à en énumérer les principaux temps : anesthésie régionale ou rachidienne, position inversée, incision périnéale transverse un peu moins longue que pour la prostatectomie, accès dans l'espace décollable de Robert Proust, exposition de la prostate et ouverture de la poche.

Nous devons, en outre, nous efforcer de soutenir les forces de nos malades par le traitement général de tous les cancers.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer pseudo-kystique est une variété rare de néoplasme de la prostate.

II. — Selon toute probabilité, nous sommes en présence d'une hémorragie intranéoplasique ayant déterminé par sa limitation des cavernes.

III. — L'allure clinique est peu différente de celle du cancer vrai.

IV. — Les abcès et les kystes de la prostate peuvent nous induire en erreur : la ponction d'une part, l'examen histologique d'autre part nous permettront seuls le diagnostic.

V. — Ne pouvant rien espérer de la chirurgie, de la radiothérapie et du radium, nous n'agissons que suivant les indications créées par les complications qui apparaissent au cours de l'évolution du néoplasme.

Le plus souvent, la cystostomie définitive succédera à l'incision par périnéotomie des deux lobes prostatiques.

VU : *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 28 novembre 1932.
Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BLANC. — Cancer de la prostate à forme pseudo-kystique. *Journal d'urologie*, 1925, p. 524.
- BOYE. — Un cas d'adéno-épithéliome kystique de la prostate. Thèse Nancy, 1907.
- CASTANO. — Kyste hématique de la prostate. *Journal d'Urologie*, 1916-18, p. 65.
- DOSSOT. — Cancer de la prostate. Thèse Paris, 1926.
- DUVERGEY et BLANC. — Epithélioma kystique de la prostate. *Journal d'urologie*, sept. 1932, p. 212.
- ENGEEBACH. — Tumeurs malignes de la prostate. Thèse Paris, 1888.
- FERGUSON. — Les néoplasmes de la prostate; leur diagnostic par ponction à l'aiguille et aspiration. *Am. Journal of Surgery*, vol. 9, n° 3, sept. 1930.
- GOULARD. — Les kystes de la prostate. Thèse Paris, 1926.
- HALLOCK. — Large hémorrhagic cyst. *Am. Journal Cancer*, july 1931.
- HALLOPEAU. — Du cancer de la prostate. Thèse Paris, 1906.
- LECÈNE et WOLFROMM. — Néphro-épithéliome du rein. Bibliothèque du cancer.
- LEGUEU. — Diagnostic différentiel entre le cancer et l'adénome de la prostate. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, Paris, 1919, p. 502.
- Le cancer de la prostate. *Ann. des Org. gén. urin.*, 1905, p. 1395.
- MARION. — A propos du traitement du cancer de la prostate. *Journal d'urologie*, 1926, p. 386.
- Traité d'urologie, 1924, t. II, p. 786.
- ORAISSON. — Kystes de la prostate. *Encyclopédie française*, t. VI, chap. VIII, p. 403.

- PAPIN et VERLIAC. — Kyste de la prostate. *Journal d'urologie*, 1927, janv.-Juill., p. 52.
- PAUCHET. — Tumeurs malignes de la prostate. *Encyclopédie française d'urologie*, t. VI, chap. v, p. 281.
- ROCHET et THÉVENOT. — Un cas intéressant de cancer prostatique (forme abcédée). *Arch. des mal. des org. gén.-urin.*, 1907.
- — — Un nouveau cas d'abcès chaud de la prostate au cours du cancer de cet organe. *Lyon chirurgical*, 1912, p. 403.
- TROPHINOFF. — Kyste hydatique de la prostate. *Journal d'urologie*, 1912, janv.-juill., p. 450.

